記入例

# 介護予防サービス計画作成依頼（

該当するものに〇をつける。

新規 ・ 変更

| 被保険者氏名 | 被保険者番号 |
|---|---|
| フリガナ　コウイキ　ハナコ<br>広域　花子 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇<br>個人番号は未記入でもかまいません。<br>生年月日<br>昭和 〇 年 〇 月 〇 日 |
| 介護予防支援事業者 | |
| 介護予防支援事業所名<br>〇〇　事業所<br>居宅サービス計画を作成する事業所名を記入する。 | 介護予防支援事業所の所在地　〒 〇〇〇 － 〇〇〇〇<br>電話番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇 |
| 介護予防支援事業所番号<br>〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | サービス開始（変更）年月日<br>年　月　日 |
| 介護予防支援事業 | |
| ※変更する場合のみ記入してください。 | 事業所を変更する場合は、変更する事由を記入する。<br>変更年月日は、変更前の事業所と連絡調整し、記入してください。 |

以下は、居宅介護支援事業者が地域包括支援セン
い。

| 介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 | |
|---|---|
| 居宅介護支援事業所名 | 居宅介護支援事業所の所在地　〒<br>電話番号 |
| 居宅介護支援事業所番号 | サービス開始（変更）年月日<br>年　月　日 |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 | |
| ※変更する場合のみ記入してください。 | |

紀北広域連合長　様

上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス

〇 年　〇 月　〇 日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住　所　〇〇市××町△△番地

被保険者

氏　名　広域　花子

電話番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

被保険者本人に署名してもらう。
申請年月日は、各市町または紀北広域連合の窓口に提出した日を記入してください。

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年　月　日　氏名

（注意）1　この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに紀北広域連合へ提出してください。

2　介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず紀北広域連合へ届け出てください。
届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

| 保険者確認欄 | □ 被保険者資格　□ 届出の重複<br>□ 介護予防支援事業者事業所番号 |
|---|---|